分级诊疗背景下多病共存患者就医行为及影响因素研究

朱玉琴[1,2]，金花[3,4]，于德华[3,4*]
（1、同济大学医学院，上海市，200092；2、同济大学附属杨浦医院急诊科，上海市，200090； 3、同济大学附属杨浦医院全科医学科，上海市，200090；4、上海市全科医学与社区卫生发展研究中心，上海市，200090）

【摘要】
目的 以分级诊疗为视角，分析多病共存患者就医行为影响因素，为进一步落实分级诊疗制度和合理配置医疗资源提供研究参考。方法 选取 2019 年 6 月 1 日至 2020 年 1 月 1 日在上海市杨浦区中心医院医疗联合体（上海市杨浦区中心医院和定海、延吉、长白社区卫生服务中心）就诊的多病共存患者为研究对象。通过问卷调查的方式收集多病共存患者的一般资料和就医意向影响因素，并对调查数据进行统计分析。 结果 本研究共发放 1100 份问卷，回收有效问卷 1072 份，其中 8 成以上患者愿意在多重慢病的稳定期或者疾病轻度控制不佳时选择社区卫生服务中心首诊。二分类 Logistic 回归分析结果显示，年龄是多病共存患者就诊医疗机构选择的独立影响因素（回归系数为-1.543，*OR*=0.214，*95%CI*：0.099~0.464，*P*=0.001）。对患者就医选择考虑的因素进行统计排序，结果依次为医疗可及性、医疗技术水平、就医满意度、医疗保障情况、医疗费用支出和其他因素。结论 老年人是多病共存的高患病人群，也是选择基层首诊的主要人群，相较于区域医疗中心，社区卫生服务中心可及性高，是实现多病共存患者基层首诊的有利因素。因此，加快医联体建设步伐，推动各项优质资源共享和下沉基层，提高基层医疗机构服务质量及能力，有利于实现分级诊疗中的基层首诊。

关键词：分级诊疗 多病共存 就医行为

Research on medical treatment behavior and its influencing factors of patients with multiple diseases under the background of hierarchical diagnosis and treatment

Yuqin Zhu[1,2], Hua Jin[3,4], Dehua YU[3,4*]
（1. School of Medicine, Tongji University,Shanghai,200092；2.Department of Emergency, Yangpu Hospital, School of Medicine, Tongji University,Shanghai,200090； 3. Department of General Practice, Yangpu Hospital, School of Medicine, Tongji University,Shanghai,200090；4. Shanghai General Practice and Community Health Development Research Center, Shanghai,200090）

Abstract：
Research purposes：Based on the perspective of hierarchical diagnosis and treatment, this study analyzes the influencing factors of medical treatment behavior of patients with multiple diseases, so as to provide research reference for further implementing the hierarchical diagnosis and treatment system and rational allocation of medical resources.

朱玉琴，主治医师，硕士研究生，研究方向多病共存和医联体，854303938@qq.com
* 通讯作者：于德华，教授，主任医师，博士生导师，ydh1404@sina.com

Research methods: Patients with coexistence of multiple diseases treated in the internal medicine of Yangpu District Central Hospital and three community health service centers in the jurisdiction from June 1, 2019 to January 1, 2020 were selected as the research object. The general information and influencing factors of medical intentions of patients with multiple diseases were collected by questionnaire, and the survey data were statistically analyzed.
Research results：In this study, a total of 1100 questionnaires were issued and 1072 valid questionnaires were retrieved. More than 80% of patients are willing to choose the community health service center for the first consultation during the stable period of multiple chronic diseases or when the disease is mildly under control. Further using binary logistic regression analysis, the results showed that age is an independent factor affecting the choice of medical institutions for patients with multiple diseases (correlation coefficient: -1.543, *OR*=0.214, *95%CI*: 0.099 ~ 0.464, *P*=0.001). Statistically sort the factors considered by patients for medical treatment, and the results were in order of medical accessibility, medical technology level, medical satisfaction, medical security, medical expenses and other factors.
Conclusion: The elderly is a high-prevalence population with coexistence of multiple diseases, and they are also the main people who choose the first consultation at the grassroots level. Compared with regional medical centers, community health service centers have high accessibility, which is a favorable factor for realizing the first diagnosis of patients with multiple diseases. Therefore, speeding up the construction of Medical Union, promoting the sharing of various high-quality resources and sinking the grass-roots level are conducive to the realization of the first diagnosis at the grass-roots level in hierarchical diagnosis and treatment.
Keywords：hierarchical diagnosis and treatment ； coexistence of multiple diseases ； medical-seeking behavior

多病共存是指同一个人患有 2 种或 2 种以上慢性疾病。这些疾病可以互不相关，也可以相互影响[1]。研究表明，我国社区老年患者慢性病共病率超过三分之二[2]，患病个人、家庭和医疗系统都承受了巨大压力。为了进一步缓解“看病难、看病贵”的问题，我国将分级诊疗作为推动医疗卫生资源合理利用的重要手段。对分级诊疗制度建设，各地作了大量有意义的探索和积极的尝试，目前逐渐把医疗联合体作为实现分级诊疗模式的载体。上海市自 2015 年 3 月开始推行“1+1+1”组合签约策略，即居民自愿在社区卫生服务中心选择 1 名家庭医生建立签约服务关系，然后再选择 1 家区级医院和 1 家市级医院作为签约定点医疗机构。通过对区域内相关医疗资源进行整合，利用三级医院的专业技术和科研优势，提高基层医疗卫生机构的服务能力，并推动护理和康复机构发展。

从 2009 年国家首次明确提出分级诊疗理念到现在，尽管慢性疾病是基层卫生机构疾病管理的主要内容，但是在目前医疗资源分配不均衡，“专科专病”为主导的医疗模式下，多病共存作为常见的慢病状况，仍然有大量多病共存患者选择就诊于三级医院的不同科室，造成多重用药、治疗不连续、过度医疗等相关问题[3]。近年来，国内针对多病共存患者在分级诊疗背景下就医行为的研究较少，研究多病共存患者的就医选择有重要的现实意义。

本研究以分级诊疗为视角，从多病共存患者就医选择入手，分析多病共存患者就医选择影响因素，为后续提出完善分级诊疗工作的相关政策建议，提高多病共存患者基层~~社区~~

首诊的积极性，进一步落实分级诊疗制度和合理配置医疗资源提供研究参考。

1. 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 6 月 1 日至 2020 年 1 月 1 日在上海市杨浦区中心医院医疗联合体（上海市杨浦区中心医院、定海社区卫生服务中心、延吉社区卫生服务中心、长白社区卫生服务中心）内就诊的符合纳入和排除标准的多病共存患者为研究对象。患者接受调查前均签署知情同意书，本研究符合《赫尔辛基宣言》中的伦理学标准并经同济大学附属杨浦医院伦理委员会审核通过。

依据随机抽样原则，在上述三家社区卫生服务中心的 26 个家庭医生团队中，采用单纯随机抽样方法选取 9 个团队，依据团队提供的家庭医生式服务签约居民名单，按照单纯随机抽样方法在每个团队选取 100 例，共 900 例签约居民作为本次调查对象；按照同样方法，依据杨浦区中心医院提供的门诊就诊患者名单选取 200 例患者作为本次调查对象。根据多病共存患者因慢病选择首诊医疗机构的不同分为社区卫生服务中心组和区域医疗中心组。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准：（1）同时患有 2 种慢性疾病，且疾病组合为：高血压+冠心病或高血压+糖尿病，四家医疗单位病种相同；（2）患者年龄≥18 周岁；（3）知情同意情况下，能够配合完成调查问卷。排除标准：（1）因共存病年就诊次数少于 4 次的患者；（2）多病组合类型与研究设定不相符；（3）存在认知功能障碍、精神障碍、听力障碍、视力障碍等情况，不能配合完成调查问卷者；（4）在上述 4 家医疗单位任意一家就诊并参与问卷的，在另外 3 家医疗单位不予再行问卷调查。

1.3 研究方法

开展既定区域内有关多病共存患者就医选择及影响因素的问卷调查，完成有关患者就医行为及相关影响因素的数据收集（设计配套的调查问卷，借助预调查的方式对问卷进行信效度评估和修改完善，然后再正式投入使用）。问卷内容主要包括：①多病共存患者的个体特征，包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况、就业情况、家庭年收入、医疗保障类型等基本信息；②对分级诊疗政策的认知情况及实际的遵守情况；③就诊医疗机构选择及其影响因素调查，包括不同健康状态下首诊医疗机构的选择，医疗机构选择时考虑的相关因素等。其中根据前期文献分析，患者就医选择考虑因素提及最多的包括以下 5 个方面：医疗可及性（本问卷中指到达医疗服务机构所需要的时间和距离及就诊等待的时间，比如从挂号到就医、化验到拿到报告结果、缴费到取药等待的总时长等），医疗技术水平，就医满意度（就诊时医生的服务态度、能否有时间进行充分沟通、开具处方时间的长短、就医单位的医疗环境），医疗保障情况和医疗费用支出，问卷中让患者在第 6 项中对其他考虑因素自行补充说明，6 个因素让患者自行选择并按照重要性进行排序，首要考虑因素为 6 分，按照考虑权重得分依次递减。

在正式投入调查前，根据相关标准对问卷进行检验。检验结果显示全量表的克隆巴赫（Cronbach’s alpha）系数值为 0.818，即该问卷的量表信度可以接受，设计的各项指标间存在较好的内部一致性。所有研究项对应的共同度值均高于 0.4， 4 因子旋转后累积方差解释

率为 77.65%＞50%，此外，本研究效度研究最终测得 KMO 值为 0.899，大于 0.6，意味着本问卷研究数据效度符合要求。

1.4 质量控制

调查开始之前对调查人员进行相关目的、内容、具体要求及注意事项进行统一培训。正式调查开始时，调查人员首先向调查对象进行统一解释，对调查问卷的内容进行说明，充分取得其信任和支持。在问卷调查过程中，确保调查对象对每个问题能够理解充分。调查人员在提问并解释问题的过程中避免使用指导性、暗示性的用语，防止对调查对象产生干扰。

1.5 病情严重程度分级

稳定期：血压＜140/90mmHg 且 HbA1c＜7%或者血压＜140/90mmHg 且心功能分级 1 级（NYHA）；

轻度控制不佳：满足以下条件任意一条：①高血压 1 级；②7%≤HbA1c＜8%；③心功能分级 2 级（NYHA）；

中度控制不佳：满足以下条件任意一条：①高血压 2 级；②8%≤HbA1c＜9%；③心功能分级 3 级（NYHA）；或同时满足轻度控制不佳其中的 2 条；

重度控制不佳：满足以下条件任意一条：①高血压 3 级；②HbA1c≥9%；③心功能分级 4 级（NYHA）；或同时满足中度控制不佳其中的 2 条。

1.6 统计学方法

采用 Excel 2017 软件对数据进行初步整理，SPSS 22.0（SPSS 公司，美国）软件分析处理。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，多组间比较用方差分析；计数资料以百分比（%）表示，两组间比较采用 χ^2 检验，等级资料组间比较采用 Willcoxon 秩和检验。采用二元 logistic 回归分析的方法探讨多病共存患者医疗机构选择的相关影响因素，$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 调查对象的基本情况

本研究共发放 1100 份问卷，回收有效问卷 1072 份，问卷回收率 97.5%。回收的有效问卷中共有 928 名多病共存患者表示此次因病首诊的医疗机构为社区卫生服务中心。

调查对象有男性 456 人（42.54%），女性 616 人（57.46%），老年人（≥60 岁）912 人（85.08%）。所有调查对象中参加城镇职工医保的人数最多，共有 624 人（58.21%）；其次是城乡居民医保，有 416 人（38.81%）；有 20 人（1.87%）参加了医疗救助，有 12 人（1.12%）未参加任何保险。另外有 52 人（4.85%）在拥有基本医疗保险的同时补充购买了商业健康保险。详见表 1。

2.2 不同健康状况下调查对象的就诊医疗机构选择及其影响因素

2.2.1 多病共存患者对医疗卫生机构的选择意愿

基于患者对病情的主观判断和疾病严重程度分级，在多重慢病的稳定期，有 928 人（86.57%）愿意选择社区卫生服务中心首诊；当病情程度逐渐加重时，选择社区首诊的患者比例逐渐下降，疾病轻度、中度和重度控制不佳时，愿意选择社区首诊的人数分别为 920 人（85.82%）、600 人（55.97%）、240 人（22.39%）。

2.2.2 多病共存患者就医行为影响因素

对多病共存患者就诊医疗机构选择的单因素进行分析，结果显示，两组患者在年龄、性别、文化程度、家庭年收入和参保类型方面具有明显统计学意义（*P* 均<0.05）。详见表2。

对多病共存患者就诊医疗机构选择相关影响因素进一步行二分类 logistic 回归分析，把患者就诊医疗卫生机构的选择作为因变量，将单因素分析有统计学意义的性别、年龄、文化程度、家庭年收入水平和参保类型 5 个因素作为自变量，具体赋值详见表 3。结果显示，年龄（回归系数为-1.543，*OR*=0.214，*95%CI*：0.099~0.464，*P*=0.001）是多病共存患者就诊医疗机构选择的独立影响因素。

对患者就医选择的考虑因素及其重要程度进行调查分析，统计结果显示，多病共存患者就医选择考虑因素重要性依次为医疗可及性（5.5 分）、医疗技术水平（5.13 分）、就医满意度（3.74 分）、医疗保障情况（3.6 分）、医疗费用支出（2.93 分）和其他因素（2.24 分）。

2.3 调查对象对分级诊疗制度的认知及实际行为

2.3.1 调查对象对分级诊疗制度的了解程度及遵循意愿

知晓分级诊疗制度的多病共存患者占多数，共有 624 人（58.21%），但对该制度的了解程度不一，仅有 52 人非常了解。调查结果还显示 940（87.69%）人愿意遵循分级诊疗制度提倡的就医理念，其中在对分级诊疗制度部分清楚和非常了解的两组患者中，92.95%的患者~~超过 9 成~~表示愿意遵循分级诊疗制度，而在对分级诊疗制度不清楚，甚至不知道的患者中有 80.35%的患者表示愿意遵从该制度。

2.3.2 多病共存患者对“1+1+1”组合签约制度的了解程度及签约情况

在参与问卷的 1072 名多病共存患者中，对“1+1+1”组合签约制度不清楚或不了解、部分清楚和非常了解的人数和百分比分别为 152 人（14.18%）、552 人（51.49%）和 368 人（34.33%）。其中 964（89.93%）名多病共存患者表示已经参加了“1+1+1”组合签约项目。

2.3.3 签约后患者实际的就医单位选择情况和转诊情况

对已经参与“1+1+1”组合签约制度的 964 名多病共存患者进一步统计分析，发现其中仍有 44 人（占比 4.56%）实际就诊的医疗卫生机构为非签约单位。有 697 名（72.30%）患者在就诊时因为各种原因涉及到了转诊，对“上转”的原因进行统计，261 人由于病情危重，或者经社区医生初步治疗后效果欠佳；180 人出于社区资源无法满足诊疗需求的原因；另外有 56 人出于自身要求，和医生沟通后进行转诊。对“下转”的原因进行统计，387 人（74.57%）是由于在上级医疗机构治疗结束，病情稳定转回基层进一步康复治疗，有 89 人（17.15%）是上级医疗机构医师经客观判断，认为病情稳定，建议回基层随访治疗；另外有 43 人（8.29%）出于经济等原因，自行要求回基层治疗。对“上转”的优势进行统计，转诊带来的就诊及时性是最显著优势，超过 80%的患者表示能够及时就诊或入院治疗。另外有 6.64%患者表示通过转诊获得了更高的报销比例或降低了医疗费用，有 11.07%的多病共存患者表示与自己直接去上级医疗机构就诊相同，未体验到转诊带来的优势。

3. 讨论

近年来，为了减轻慢性疾病对患病个人、患者家庭和医疗系统造成的负担，进一步解决“看病难、看病贵”问题，政府将分级诊疗作为重要政策性策略予以推广。但是在分级

诊疗制度推行过程中，患者自身的就医意愿和实际选择仍与政策要求不符。本研究调查了上海市单一医疗联合体内的多病共存患者的就医行为,发现其就医行为以及影响因素存在以下几个特点。

3.1 老年人是多病共存的高患病人群

由于人口老龄化等因素，我国慢性疾病的患病人数在不断增加，据统计我国居民因慢性病导致的死亡占总死亡 88.5%[4]。在此次调查研究的 1072 名对象中，年龄≥60 岁的老年人占比 85.08%，是多病共存的高患病人群，其中 82.46%的患者认为共存病对日常生活产生影响。英国[5]、德国[6]、加拿大[7]等国家研究发现，老年人多病共存的患病率约为 55%~98%，与此次研究的结果接近。此外进一步分析发现，这部分人群存在文化层次低、收入不高的共性，部分多病共存患者对于相关政策的理解程度和医疗服务质量的期望程度与实际情况并不完全吻合。

3.2 多病共存患者对分级诊疗的认知不足

此次调查对象中超过半数以上的患者对分级诊疗制度有所了解，但是仅有 4.85%的人对分级诊疗制度有清楚认知。虽然，本研究结果较既往研究有所提高[8,9]，但明显低于上海市闵行区的同期水平[10]。对于上海市分级诊疗制度实际落实的“1+1+1”组合签约制度[11]，85.82%的多病共存患者表示了解家庭医生签约服务相关政策，与张静雅[12]等人对上海市 16 个区的 50 家社区卫生服务中心的调查结果基本一致，高于徐州市城区（56.19%）[13]、佛山市城镇（56.10%）[14]和山东省农村（44.30%）[15]等地区居民的相关研究结果，但低于上海市近年来本地研究结果[16,17]。

不同研究结果之间的差异性可能与各级单位对分级诊疗制度宣传力度相关，又同时可能与多病共存患者自身的个体因素相关。多病共存的患者年龄分层大多数属于老年人，普遍文化程度不高，部分患者存在家属代签约情况，也是导致患者对政策了解不够的原因。

3.3 多病共存患者对分级诊疗制度的遵循意愿与实际选择行为存在偏差

调查结果显示 940（87.69%）位多病共存患者愿意遵循分级诊疗制度倡导的就医理念，依据分级诊疗政策选择基层首诊，其中 928 人实际做到了选择为社区卫生服务中心作为首诊的医疗机构，说明大多数患者将积极意愿转化为实际行动。在参与“上转”的人中，有 11.07%的多病共存患者表示与自己直接去上级医疗机构就诊相同，并未体验到转诊带来的优势。且在患者对病情的主观判断方面，根据本研究，自评估病情越严重的患者，越倾向于选择上级医院就诊。由此提示多病共存患者没有完全遵循分级诊疗制度的原因并非仅仅是由于居民对制度优点的认识不足，而是自身对病情的判断以及评价社区提供转诊的优势性等多方面因素降低了他们的依从度。

虽然社区卫生服务中心是集“预防、保健、医疗、康复、健康教育及计划生育技术指导”六位一体，以综合满足社区居民医疗保健的多种需求而设立的，但在实际运行过程中却难以实现居民“首诊在社区”的预期。可见，社区卫生服务中心的功能定位存在着规划与实践的差距。所以找出这部分多病共存患者未选择基层首诊的原因是进一步落实分级诊疗制度的一个突破点，只有充分了解了这部分患者的健康需求，才能按需合理分配区域内医疗资源，针对性提高社区医疗机构服务能力，避免分级诊疗制度流于形式。

3.4 多因素与多病共存患者就诊医疗机构的选择相关

本研究结果显示在各种影响因素中，医疗可及性是多病共存患者就诊时首要考虑因素，

其次才是医疗技术水平。这与汪晓露[18]等人的研究结果相类似。此外，女性、年龄越大的多病共存患者越倾向于到社区卫生服务中心就诊，而文化程度和家庭年收入越高的多病共存患者更加倾向于到区域医疗中心就诊。

值得注意的是，根据本研究，多病共存患者基层首诊的意愿同疾病的严重程度成反比，对患者“上转”原因进行的统计，有 261 人（52.52%）提示由于社区对危重病情治疗效果欠佳，有 180 人（36.22%）提示由于诊疗技术，设施配备等资源受限的原因，说明目前社区卫生服务中心存在全科医师团队的专科技术水平参差不齐、检查设备不全、缺乏必要的急救条件等不足，也提示提高基层卫生机构的服务质量和能力是吸引患者基层首诊的有效措施。因此，加快医联体建设步伐，借助全科医学发展和医联体建设，可以有效实现社区卫生服务中心和区域医疗中心之间的信息互联互通，提高基层医务人员医疗技术水平、慢病管理能力和科研能力，从而提高多病共存患者管理效率，优化就医行为，对实现基层首诊、合理分级诊疗具有积极意义。

本研究对多病共存患者就医行为及相关影响因素进行了分析，但也存在一定局限性。由于本研究调查对象只为上海市单一片区其中一个医疗联合体内就诊的多病共存患者，疾病组合选择上未对所有共存病病种组合进行囊括，社会性因素和综合性因素考虑分析较少。在本研究基础上，未来将进一步探索全科医生在在引导多病共存患者基层首诊，双向转诊中的作用，分析影响因素，提出改进措施，从而提升居民就医感受和基层首诊依从率，使医疗支出实现成本效益最大化、使有限的卫生资源得到充分而合理的利用。

参考文献

[1] 张可可. 北京部分社区老年人慢病及老年综合征的调查分析[D]. 北京: 北京协和医学院，2016.
[2] 张海珍. 住院老年患者慢性病多病共存现况调查. 中国社区医师，2020，36(25)：186~187.
[3] 闫巍，王杰萍，张洪波，等. 老年共病患者在诊疗中面临的问题及应对策略[J]. 中国全科医学，2018，21(3): 261-264.
[4] 中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）[J].营养学报,2020,42(06):521.
[5] Blakemore A，Hann M，Howells K，et al. Patients activation in older people with long-term conditions and multimorbidity：correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. BMC Health Serv Res，2016，16（1）：582.
[6] TETZLAFF, JULIANE, MUSCHIK, et al. Expansion or compression of multimorbidity? 10-year development of life years spent in multimorbidity based on health insurance claims data of Lower Saxony, Germany[J]. International journal of public health,2017,62(6):679-686. DOI:10.1007/s00038-017-0962-9.
[7] Wister A，Kendig H，Mitchell B，et al. Multimorbidity，health and aging in Canada and Australia：a tale of two countries. BMC Geriatr，2016，16(1)：163.
[8] 赵然.慢性病患者对分级诊疗的认知和行为调查[J].劳动保障世界,2020(05):43.
[9] 吕强,陈韵光,郭晓晶,等. 上海市患者分级诊疗认知调查[J]. 解放军医院管理杂

志,2020,27(04):373-376.
[10] 徐晓莉, 顾怡勤, 应圣洁, 等. 后疫情时代上海市闵行区社区居民分级诊疗认知研究[J].现代预防医学, 2021, 48(17): 3150-3153, 3171.
[11] 关于印发《上海市 2015 年深化医药卫生体制改革工作要点》的通知[EB/OL]. (2015-02-25)[2018-12-23]. http://fgw.sh.gov.cn/zgijl/20150215/0025-16830.html.
[12] 张静雅, 万和平, 何碧玉, 等. 上海市社区居民家庭医生签约服务的认知及影响因素研究[J]. 中国初级卫生保健, 2021, 35(3): 18-21.
[13] 李秋粟, 赵宏亮, 黄文昊, 等. 徐州市城区居民家庭医生签约服务知晓情况及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(31): 3797-3804.
[14] 温天朗, 陈敏生, 杜庆锋. 佛山市乡镇居民对家庭医生签约服务的认知与需求调查[J]. 医学与社会, 2019, 32(6): 93-95，112
[15] 冯月静,景正月,丁露露,等.山东省农村居民对家庭医生签约服务认知水平及影响因素研究[J].中国农村卫生事业管理,2020,40(04):235-239.
[16] 张晓俊, 鲍勇. 上海市社区就诊人群“1+1+1”医疗机构组合签约现况及影响因素研究[J]. 中华全科医学, 2018, 16(8): 1227-1230, 1382.
[17] 史生铭, 汪娟, 黄耀庭, 等.上海市某社区家庭医生签约服务现况[J]. 医药论坛杂志, 2020, 41(4): 95-97, 101.
[18] 汪晓露, 黄哲, 钱艳娟, 等. 分级诊疗背景下社区居民全科医疗服务需求与就诊意向机构研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(7): 805-811.

附表：

表 1 调查对象的社会人口学特征

Table 1 Socio-demographic characteristics of the survey subjects

项目		人数（人）	构成比（%）
性别	男	456	42.54
	女	616	57.46
年龄（岁）	18~44 岁	28	2.61
	45~59 岁	132	12.31
	60 岁及以上	912	85.08
文化程度	小学及以下	360	33.58
	初中	340	31.72
	高中/职高/中专	272	25.37
	大专/本科	100	9.33
	硕士及以上	0	0
婚姻状况	未婚	12	1.12
	已婚	860	80.22
	离婚	32	2.99
	丧偶	168	15.67
就业情况	未就业	24	2.24
	在职	100	9.33
	退休	880	82.09
	退休后再就业	68	6.34
家庭年收入	1~10 万元	524	48.88
	10~20 万元	284	26.49
	20~30 万元	180	16.79
	30~40 万元	76	7.09
	≥40 万元	8	0.75
参保类型	城镇职工医保	624	58.21
	城乡居民医保	416	38.81
	商业健康保险	52	4.85
	医疗救助	20	1.87
	没有参加任何保险	12	1.12

表 2 多病共存患者就诊医疗机构选择的单因素分析

Table 2 Single factor analysis of medical institution selection for patients with multiple diseases

项目		医疗机构选择		Standardize diff.	*P*-value
		社区卫生服务中心	区域医疗中心		
人数（人）		928	144		
年龄（岁）		69.68±9.60	59.11±13.88	0.89(0.53,1.24)	<0.001
性别[人（%）]	男	372 (40.09)	84 (58.33)	0.37(0.02,0.72)	0.039
	女	556 (59.91)	60 (41.67)		
文化程度[人（%）]	小学及以下	332 (35.78)	28 (19.44)	1.01(0.64,1.37)	<0.001
	初中	316 (34.05)	24 (16.67)		
	高中/职高/中专	240 (25.86)	32 (22.22)		
	大专/本科	40(4.31)	60 (41.67)		
家庭年收入[人（%）]	1~10 万元	476 (51.29)	48 (33.33)	0.54(0.18,0.89)	0.023
	10~20 万元	248 (26.72)	36 (25.00)		
	20~30 万元	132 (14.22)	48(33.33)		
	30~40 万元	68 (7.33)	8 (5.56)		
	≥40 万元	4(0.43)	4(2.78)		
健康状况自评[人（%）]	健康	144 (15.52)	32 (22.22)	0.17(-0.18, 0.52)	0.427
	亚健康	472 (50.86)	68 (47.22)		
	疾病状态	312 (33.62)	44 (30.56)		
参保类型[人（%）]	没有保险	12(1.29)	0 (0.00)	0.63(0.28,0.99)	0.011
	城镇职工医保	512(55.17)	112 (77.78)		
	城乡居民医保	392 (42.24)	24 (16.67)		
	医疗救助	12 (1.29)	8(5.56)		

表 3 logistic 回归分析的变量赋值

Table 3 The variable assignment of logistic regression analysis

变量名称	变量名	取值范围及含义
性别	χ_1	1=男；2=女
年龄	χ_2	1=18~44 岁；2=45~59 岁；3=⩾60 岁
文化程度	χ_3	1=小学及以下，2=初中，3=高中/职高/中专，4=大专/本科
家庭年收入	χ_4	1=1-10 万元，2=10-20 万元，3=20-30 万元，4=30-40 万元，5=≥40 万元
参保类型	χ_5	1=没有参加任何医疗保险，2=城镇职工医保，3=城乡居民医保，4=医疗救助